Załącznik nr 2.

Zestawienie odpłatności za zakupy dla : ……………………………………..……………………..

( Nazwisko i imię )

w okresie od ………………….. do …………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Data  sprzedaży | Nr faktury/  paragonu | Nazwa leku | Ilość | Zapłata do  limitu | **Zapłata powyżej**  **limitu lub zapłata za leki pełnopłatne- - 100 %** | Zapłata  całkowita |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rrre m |  |  |  |